

**Discussion.**— La maladie de Thévenard correspond au type 1 des neuropathies héréditaires sensibles et autonomes, de transmission autosomique dominante, qui sont beaucoup plus rares que les neuropathies de Charcot-Marie-Tooth. Elle évolue lentement à partir des deuxième et troisième décennies sous la forme de troubles de la sensibilité thermoalgésique, entraînant ainsi des ulcérations indolores au niveau des points de pression. Les ulcérations s'étendent et apparaissent alors des maux perforants plantaires, une dislocation du tarse avec un aspect de « pied cubique », des surinfections sous forme de panaris analgésiques, et enfin des altérations ostéoarticulaires du squelette du pied qui aboutissent à des mutilations des phalanges.

L'électroneuromyographique confirme la polyneuropathie essentiellement sensitive, la biopsie neuromusculaire permet d'écarter les autres polyneuropathies entraînant une altération de la sensibilité thermoalgique, telles les neuropathies diabétique, amyloïde, para-amyloïde et lépreuse. L'étude génétique confirme le diagnostic en mettant en évidence une mutation du gène *SPTLC1*.

Sur le plan thérapeutique, aucun traitement curatif n'est disponible. Toutefois, le traitement préventif des lésions cutanées est primordial.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.528>

P122-f

### Estimation du score de handicap dans la sclérose en plaques (SEP) par l'analyse des données posturographiques

O. Agnani<sup>a,\*</sup>, F. Cavillon<sup>b</sup>, H. Cao<sup>c</sup>, L. Peyrodie<sup>c</sup>, M.A. Guyot<sup>a</sup>, P. Hauteceur<sup>a</sup>, C. Donzé<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Groupe hospitalier de l'institut catholique de Lille (GHICL), rue du Grand-But, 59462 Lomme, France

<sup>b</sup> Faculté libre de médecine de Lille (FLM), Lille, France

<sup>c</sup> Hautes études d'ingénieur Lille (HEI), Lille, France

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [agnani.olivier@ghicl.net](mailto:agnani.olivier@ghicl.net).

**Mots clés :** Sclérose en plaques ; Posturographie ; Analyse quantifiée des récurrences

**Introduction.**— La SEP est une pathologie neurologique fréquente de l'adulte jeune et les troubles d'équilibre sont précoces. La posturographie est un moyen d'évaluation des troubles de l'équilibre en conditions orthostatiques. L'échelle d'évaluation du handicap utilisée habituellement dans la SEP est l'EDSS. Nous proposons une méthode d'estimation du score EDSS à partir des données posturographiques.

**Matériel et méthode.**— Cent dix-huit sujets sont inclus dans cette étude : 89 SEP définis selon MacDonald [1] : (âge =  $46,1 \pm 10,2$ , durée  $m = 13,4 \pm 8,8$  ans, EDSS =  $2,74 \pm 1$ ) et 29 témoins (âge =  $34,7 \pm 12,3$  ans). La posturographie est réalisée sur plate-forme Satel en conditions standardisées ( $t = 51,2$  sec,  $Fq = 40$  Hz).

Nous avons effectué différentes mesures du centre de pression (CP) : longueur, surface, et analyse quantifiée des récurrences (RQA) [2], établies à partir des données posturographiques. Les coefficients de corrélation entre l'EDSS et chaque mesure RQA ont été mesurés. Une régression polynomiale de second ordre a été utilisée afin d'obtenir une estimation de l'EDSS. Enfin, nous avons calculé l'erreur moyenne entre score estimé et score observé.

**Résultats.**— Les meilleures corrélations au score EDSS sont observées avec l'entropie ( $R = 0,8448$ ,  $p < 0,05$ ). Les meilleurs résultats entre EDSS observé et EDSS calculé à partir des données posturographiques sont obtenus grâce au pourcentage de récurrence (70,49 %, erreur moyenne EDSS = 0,63).

**Discussion/conclusion.**— Nous avons étudié plusieurs méthodes de calcul du score EDSS à partir des données posturographiques. Les accélérations et vitesses semblent moins discriminantes que les autres valeurs RQA. La vitesse et l'accélération croissent proportionnellement au score EDSS (Anova,  $p < 0,05$ ), sauf pour EDSS = 4 (erreur moyenne plus importante). Dans cette étude nous montrons qu'il est possible d'estimer le score EDSS à partir des données posturographiques. Il serait intéressant de combiner cette méthode à d'autres mesures afin d'établir une modélisation de la régulation de l'équilibre dans la SEP.

### Références

- [1] Polman CH. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the MacDonald. *Ann Neurol* 2005;58:840–6.
- [2] Riley MA. Recurrence analysis of human postural sway during the sensory organization test. *Neurosci Lett* 2003;342:45–8.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.529>

### English version

P118-e

### Progression of scoliosis after intrathecal baclofen in an adult patient with multiple sclerosis

J. Beaufils<sup>a,\*</sup>, A.L. Ferrapie<sup>a</sup>, M. Dinomais<sup>a</sup>, V. Saout<sup>a</sup>, P. Menei<sup>b</sup>, I. Richard<sup>a</sup>

<sup>a</sup> C3RF, 28, rue des Capucins, 49100 Angers, France

<sup>b</sup> CHU, France

\*Corresponding author.

E-mail address : [juliebeaufils@yahoo.fr](mailto:juliebeaufils@yahoo.fr).

**Keywords:** Intrathecal baclofen; Scoliosis; Multiple sclerosis

**Introduction.**— Intrathecal baclofen (ITB) induces modification of axial tonus. The role of ITB in the evolution of scoliosis has been studied mainly in cerebral palsy. We present the case report of an adult female multiple sclerosis patient who developed a major scoliosis after implantation of a baclofen pump.

**Case report.**— A woman, 45 years old, with spastic quadriplegia secondary to multiple sclerosis evolving since 1984 presents thoracolumbar pain 30 months after intrathecal baclofen pump insertion in 2006 at the age of 40. Plain X-rays show a rapidly progressing right thoracolumbar scoliotic curve (Cobb angle 15°/10/2008; 7° versus 54° on the 12/01/12) requiring a T3-sacrum posterior fusion (01/02/2012). This patient has no history of idiopathic scoliosis and had not reported backpain prior to implantation.

**Discussion.**— Several studies report the evolution of scoliosis after BIT in cerebral palsy and discuss the role of the treatment versus the evolution due to skeletal maturation [1,2]. Our case report highlights that major aggravation of scoliosis may occur after ITB, in adults outside the risk periods of adolescence and menopause. This draws our attention to the necessity of regular follow up of the spine after ITB.

### References

- [1] Segal LS, Wallach DM, Kanev PM. Potential complications of posterior spine fusion and instrumentation in patients with cerebral palsy treated with intrathecal baclofen infusion. *Spine (Phila Pa 1976)* 2005;30(8):E219–24.
- [2] Senaran H, Shah SA, Presedo A, Dabney KW, Glutting JW, Miller F. The risk of progression of scoliosis in cerebral palsy patients after intrathecal baclofen therapy. *Spine (Phila Pa 1976)* 2007;32(21):2348–54.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.530>

P119-e

### Neuro-vitamin B12 deficiency: 25 cases and experience of the Ben Aknoun rehabilitation unit, Algeria

S. Oughlissi<sup>\*</sup>, S. Akdader, A. Ahras

Service MPR, EHS Ben Aknoun, cité Soummam, bâtiment 13c, n° 10, Bab-Ezzouar, 16042 Alger, Algeria

\*Corresponding author.

E-mail address : [docteuroughlissi@hotmail.fr](mailto:docteuroughlissi@hotmail.fr).

**Introduction.**— Neurological disorders may develop in patients with vitamin B12 deficiency. The predominant sign is combined spinal cord sclerosis which may be invalidating, even after vitamin replacement therapy.

**Material and method.**— We report a retrospective study of 25 patients treated in the PRM unit of the Ben Aknoun Hospital in Algiers during period 2000 to 2010.

**Results.**— The series included 25 patients: 14 women and 11 men, mean age 43.96 years. Patients were were mainly referred from neurology ( $n = 20$  patients). Biermer's anaemia predominated. The inaugural signs of the disease